

Trust Sympany
Sympany Versicherungen AG
Peter Merian-Weg 4
4002 Basel
Telefon 0800 955 000
Fax 0800 955 999
www.trustSympany.ch



Übertritt in die Einzel-Erwerbsausfallversicherung (Austritt aus der Kollektiv-Lohnausfallversicherung)

Jede in der Schweiz wohnhafte, bei Trust Sympany versicherte Person kann vom Zeitpunkt an, wenn Sie aus dem Versichertenkreis der Kollektivversicherung ausscheidet, wenn der Versicherungsvertrag erlischt oder wenn sie als arbeitslose Person im Sinne des Bundesgesetzes gilt, innert 90 Tagen in die Einzelversicherung übertreten.

Bitte füllen Sie dieses Formular in **jedem Fall** vollständig aus und retournieren es uns.

Personalien versicherte Person:

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____
Strasse und Nr. _____
PLZ und Ort _____
Telefon-Nr. Privat _____

Erklärung der versicherten Person:

Ich werde/ bin am _____ aus der Firma _____ austreten/ ausgetreten.

- ♦ Ich möchte die Taggeldversicherung weiterführen und wünsche eine unverbindliche Offerte
- ♦ Ich verzichte auf eine Weiterführung der Lohnausfallversicherung.

Zusätzliche Fragen bei Übertritt:

- ♦ Ich bin gegenwärtig zu 100% arbeitsfähig Ja Nein
- ♦ Ich beziehe seit Austritt Tagelder aufgrund von Arbeitsunfähigkeit Ja Nein
- ♦ Ich habe einen Stellenwechsel zu einem neuen Arbeitgeber vorgenommen Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- ♦ Ich bin als Selbständigerwerbender tätig Ja Nein
Wenn ja, wann? _____
- ♦ Ich habe einen Antrag auf Arbeitslosentaggeld gestellt? Ja Nein
Wenn ja, ab wann? _____
(Bitte Abrechnung vom Arbeitslosenamt beilegen)

Meine Unterschrift bestätigt, dass ich über das Recht zum Übertritt in die Einzelversicherung von Trust Sympany orientiert bin. Ferner nehme ich davon Kenntnis, dass meine Lohnausfallversicherung am Tage des Ausscheidens aus der Kollektiv-Lohnausfallversicherung erlöschen wird, wenn ich nicht innert 90 Tagen vom Übertrittsrecht Gebrauch mache.

Ort, Datum und Unterschrift: _____

Angaben des Arbeitgebers:

Wird ein Übertritt in die Einzelversicherung erwünscht, benötigt Trust Sympany folgende Angaben:

Vertragsnummer _____, Monatslohn in CHF _____
Datum der Anstellung _____, Jahreslohn in CHF _____
Bisherige Versicherungsdeckung _____% des Lohnes ab _____ Tag.

Ort, Datum und Unterschrift: _____